FORMATO DE CONOCIMIENTO DE CLIENTES

PERSONA NATURAL

Código: GA-FR-099	Fecha de elaboración: 16/12/2016	Fecha de actualización: 05-06-17	Versión: 2	Página 1 de 2

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	DIA	MES	AÑO	CIUDAD:
	27	08	2020	ibague

Importante: Este formato debe quedar completamente diligenciado y en letra imprenta. Por lo anterior en aquellos espacios en los cuales no tenga información para relacionar por favor escribir N.A (No Aplica).

1. INFORMACION GENERAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES
ORTEGON	RINCON	VALERIA

TIPO DE IDENTIFICACION (CC: cedula de ciudadanía, CE: Cédula de Extranjeria, PA: Pasaporte, TI: Tarjeta de Identidad, TE: Tarjeta de Extranjería, RC: Registro Civil)

CC [X] CE [ ] PA [ ] TI [ ] TE [ ] RC [ ] No. 1110595239

SEXO: F [X] M [ ]

FECHA DE EXPEDICIÓN			LUGAR DE EXPEDICIÓN	FECHA DE NACIMIENTO			LUGAR DE NACIMIENTO
DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO	
22	12	2016	IBAGUE	18	12	1998	BOGOTA

NACIONALIDAD 1	NACIONALIDAD 2	OCUPACIÓN / OFICIO	PROFESION
COLOMBIA		INDEPENDIENTE	ARQUITECTA

DIRECCION RESIDENCIA	DEPARTAMENTO	CIUDAD
PORRTAL DEL CAMPESTRE CASA 31	TOLIMA	IBAGUE

CORREO ELECTRONICO	TELEFONO FIJO	CELULAR
spaidsaludipssas@gmail.com	2793574	3176367723

POR SU CARGO O ACTIVIDAD

			EN CASO AFIRMATIVO FAVOR ESPECIFIQUE:
1. ¿MANEJA RECURSOS PÚBLICOS?	SI [ ]	NO [X]	
2. ¿GOZA DE RECONOCIMIENTO PUBLICO GENERAL?	SI [ ]	NO [X]	
3. ¿EJERCE ALGUN GRADO DE PODER PUBLICO?	SI [ ]	NO [X]	

EXISITE ALGUN VINCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA PUBLICAMENTE EXPUESTA? SI [ ] NO [X]

¿Cúal? _____

2. INFORMACION FINANCIERA

REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA SI [ ] NO [X]

EXPORTACIONES	[ ]	INVERSIONES	[ ]	ENVÍO Y/O RECEPCION DE GIROS	[ ]	TRANSFERENCIAS	[ ]	¿Cúal?	
IMPORTACIONES	[ ]	PRESTAMOS	[ ]	PAGO DE SERVICOS	[ ]	OTRA?	[ ]		

3. DECLARACION DE ORIGEN DE BIENES Y/O FONDOS

DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO EN ESTE FORMATO ES VERAZ Y VERIFICABLE Y QUE TODOS LOS RECURSOS Y BIENES QUE POSEO LOS HE ADQUIRIDO DE MANERA LICITA.

4. AUTORIZACION PARA CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE INFORMACIÓN

Declaro que para efectos de vinculación con el HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE E.S.E, el suscrito ha suministrado datos personales.

En consecuencia autorizo al HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE E.S.E a que realicen el tratamiento de los mismos para los fines que sean necesarios en la prestacion del servicio correspondiente así como a la circulación o transferencia de ellos todo, aun en el caso que no se llegare a formalizar la relación contractual o laboral o la misma hubiere terminado. Así mismo autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial los relativos a los datos biometricos.

Autorizo al HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE E.S.E a entregar o compartir la información con personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes y selección de riesgos.

Autorizo al HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE E.S.E a entregar o compartir la información con personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes y selección de riesgos.

Declaro que conozco que las respuestas a las preguntas sobre datos sensibles son facultativas y que el Hospital mehan informado los derechos que se tienen como titular de la información de acuerdo con la Ley y su manual de políticas que se encuentra disponobles en la pagina www.hflleras.gov.co igualmente me comprometo a actualizar la información cuando sea necesario.

Autorizo al HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE E.S.E a entregar o compartir la información con personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes y selección de riesgos.

FORMATO DE CONOCIMIENTO DE CLIENTES PERSONA NATURAL					
Código: GA-FR-099	Fecha de elaboración: 16/12/2016	Fecha de actualización: 05-06-17	Versión: 2	Página 2 de 2	

5. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1 Copia de la declaración juramentada de bienes y rentas del último año

6. FIRMA Y HUELLA

DECLARO HABER LEIDO, COMPRENDIDO Y ACEPTADO LO INDICADO Y EN SEÑAL DE ACEPTACIÓN FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Valeria Ortegon Rincon

FIRMA Y CEDULA



HUELLA

7. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN (ESPACIO RESERVADO SOLO PARA EL OFICAL DE CUMPLIMIENTO)

FECHA	DIA	MES	AÑO	HORA	
	31	08	2020		9:06 a.m

LISTAS CONSULTADAS	REPORTA RESTRICCIÓN	
1. OFFICE OF FOREING ASSETS CONTROL (OFAC) Oficina de control de activos	SI [ ]	NO [X]
2. LISTA CONSOLIDADA DE SANCIONES DEL CONSEJO DE SEGURIDAD DE LA NACIONES UNIDAS	SI [ ]	NO [X]
3. LISTA LINEA INTERPOL	SI [ ]	NO [X]
4. OTRAS	SI [ ]	NO [X]

OBSERVACIÓN: NO REPORTA RESTRICCION EN LAS LISTAS CONSULTADAS. ----------

---

NOMBRE DE QUIEN VERIFICA	FIRMA	CARGO
CARLOS EDUARDO HERNANDEZ R.		PROFESIONAL UNIVERSITARIO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14448043751

(415)7707212489984(8020) 000001444804375 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 8 0 1 3 1 0	0	Impuestos y Aduanas de Ibagué	9

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona jurídica 1			

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres

35. Razón social
SPAID SALUD IPS S.A.S

36. Nombre comercial	37. Sigla
SPAID SALUD IPS	

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Tolima 7 3	Ibagué 0 0 1

41. Dirección principal
CL 35 A 12 72 BRR GAITAN PARTE ALTA

42. Correo electrónico vale98rincon@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 5 0 5 9 5 3 5 3 0	3 1 3 2 9 3 1 5 6 5

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2
8 6 2 1	2 0 1 4 0 6 2 0	8 6 9 2	2 0 1 4 0 6 2 0		8 6 9 9	8 8 9 0

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos
	1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 5	7	1	4	1	6																				

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
14- Informante de exogena
16- Obligación facturar por ingresos bienes

Obligados aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2017 - 12 - 21

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14448043751

(415)7707212489984(8020) **000001444804375 1**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 8 0 1 3 1 0	0	Impuestos y Aduanas de Ibagué	9

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	2	63. Formas asociativas	1 2	64. Entidades o insitutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	1

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 4	0 4
72. Número	1	2
73. Fecha	2 0 1 4 0 6 1 2	2 0 1 7 0 5 1 8
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	0 3
76. Fecha de registro	2 0 1 4 0 6 2 0	2 0 1 7 0 6 1 2
77. No. Matrícula mercantil	0 0 2 4 8 0 4 9	2 4 8 0 4 9
78. Departamento	7 3	7 3
79. Ciudad/Municipio	1 6	1 6
Vigencia		
80. Desde	2 0 1 4 0 6 1 2	2 0 1 4 0 6 1 2
81. Hasta	2 0 9 9 1 2 3 1	2 0 9 9 1 2 3 1

Composición del Capital

82. Nacional	1 0 0 %
83. Nacional público	0 . 0 %
84. Nacional privado	1 0 0 . 0 %
85. Extranjero	0 %
86. Extranjero público	0 . 0 %
87. Extranjero privado	0 . 0 %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control: Superintendencia de Sociedades — 5

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1		Año Mes Día		-
2		Año Mes Día		-
3		Año Mes Día		-
4		Año Mes Día		-
5		Año Mes Día		-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14448043751

(415)7707212489984(8020) **000001444804375 1**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 8 0 1 3 1 0	0	Impuestos y Aduanas de Ibagué	9

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 1 7 0 5 1 8

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	1 1 1 0 5 9 5 2 3 9		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
ORTEGON	RINCON	VALERIA	

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL SUPL 1 9	2 0 1 7 0 5 1 8

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadan 1 3	1 1 1 0 5 9 1 5 6 9		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
MONTOYA	SANCHEZ	LAURA	CAMILA

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14448043751

(415)7707212489984(8020) **000001444804375 1**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 8 0 1 3 1 0	0	Impuestos y Aduanas de Ibagué	9

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Centro de explotación de ser 0 7	Actividades de la práctica médica, sin internación 8 6 2 1	

162. Nombre del establecimiento: SPAID SALUD IPS

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Tolima 7 3	Ibagué 0 0 1	

165. Dirección: CL 35 A 12 72 BRR GAITAN PARTE ALTA

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
0 0 2 4 8 0 5 0	2 0 1 4 0 6 2 0	
168. Teléfono: 3 0 0 4 5 4 5 2 0 3	169. Fecha de cierre	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.110.595.239

ORTEGON RINCON

APELLIDOS

VALERIA

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-DIC-1998

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

22-DIC-2016 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-2900100-00950710-F-1110595239-20171101 0058317022A 1 9902013652